Über

Lähmung der unteren Extremitäten

im

Verlaufe von postpuerperaler Parametritis.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen medicinischen Facultät

der

Königl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Hermann Schum

Assistenzarzt an der Kreis-Irrenanstalt Werneck

aus Würzburg.

ACAD. MED. BAT. BIBL.

WÜRZBURG.

Paul Scheiner's Buchdruckerei (Dominikanergasse 6).

1899.

Referent: Herr Professor Dr. Hofmeier.

Seinen

LIEBEN ELTERN

in

Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549806_0111

Während meiner Studienzeit hatte ich im Sommer 1895 in der Würzburger gynäkologischen Klinik Gelegenheit, 2 Fälle von postpuerperaler Parametritis mit Lähmung der unteren Extremitäten zu beobachten, deren Beschreibung mir Herr Prof. Dr. *Hofmeier* gütigst überliess.

Fall I.

L. J., 30 J., V. p. R. 11. VII. 1895. E. 17. VIII. 95. Diag.: Parametritis dextra. Neuritis nn. cruralis et. obturat.

Patientin war 5 mal schwanger; die Geburten verliefen normal; die Kinder leben. Patientin selbst will immer gesund gewesen sein. Die Periode trat zum erstenmal mit 14 Jahren auf; setzte aber bald wieder aus und kam mit 17 Jahrer wieder; dieselbe war immer regelmässig alle 4 Wochen, dauerte 4 bis 5 Tage, war mit mässigem Blutverluste verbunden. Schmerzen waren keine vorhanden.

Die Geburten verliefen normal, die 4 ersten Wochenbetten ebenfalls; nach der letzten Geburt, Oktober vorigen Jahres, trat am 3. Tage Fieber auf, das zu einer Temperatur bis 41.6 führte, dann langsam abfallend in der Höhe von 37.5—38.5 anhielt bis etwa März.

Seit März bestehen Schmerzen stechender Natur auf der rechten Seite, die in das rechte Bein aus-

strahlen und es trat eine Contraktur der Beugemuskeln des Beines ein, die ein Strecken desselben vollständig unmöglich macht. Die Schmerzen treten anfallweise auf. Seit der letzten Geburt, Oktober, ist die Periode nicht wieder gekehrt, obwohl die Patientin ihr Kind nicht gestillt hat; dagegen glaubt sie in 4 wöchentlicher Wiederkehr schwachen Ausfluss beobachtet zu haben. Beim Wasserlassen treten häufig Schmerzen auf. Stuhlgang träge. Appetit mässig.

Patientin war vor Aufnahme in die Klinik, die sie freiwillig aufsuchte, in Behandlung von 3 verschiedenen auswärtigen Ärzten.

18. VII. St. pr. Ziemlich stark abgemagerte, blasse Patientin; das Gehen ist infolge der Anomalie des rechten Beines vollständig unmöglich. Dasselbe wird im Hüft und Kniegelenk mässig gebeugt und dabei abduciert gehalten; eine aktive Adduktion und Streckung ist unmöglich, auch passive Bewegungen in diesem Sinne sind wegen der starken Schmerzhaftigkeit nicht ausführbar. Die Schmerzen werden dabei an die Stellen der Adductoren verlegt. Auch in der Narkose ist eine Streckung des Beines nur in sehr beschränkter Ausdehnung möglich. Eine weitere Beugung des Oberschenkels ist activ und passiv ausführbar; ebenso Bewegungen im Fussgelenk.

Bei combinierter Untersuchung fühlt man den kleinen, aufgerichteten Uterus durch narbige Massen an die Hinterwand des Beckens fixiert und rechts hinter demselben harte, schwartige, höckerige Exudatmassen in der Gegend des Ileosacralgelenkes, die sich wenig über den Beckeneingang erhebend, auf der Beckenschaufel nach vorne sich verflachen. Th.: Breiumschläge; Moorbäder; Massage.

26. VII. Nachdem wieder Fieber eingetreten ist, wird die Behandlung ausgesetzt.

5. VIII. Wiederaufnahme der Bäder und Breiumschläge. Patientin fühlt sich kräftiger. Das Exsudat scheint kleiner zu sein; das Bein lässt sich etwas besser strecken.

7. VIII. Nach Breiumschlägen wieder Fieber, dieselben werden wieder weggelassen.

17. VIII. Patientin wird auf Wunsch entlassen; eine wesentliche Veränderung des Befindens ist nicht eingetreten. Im allgemeinen fühlt sich die Patientin etwas besser.

Nach eingezogener Erkundigung starb Patientin ungefähr 1/4 Jahr nach der Entlassung an Entkräftung. Section wurde nicht gemacht.

Temperatur und Pulsaufzeichnung.

Datum	Temperatur		Puls	
	V. M.	N. M.	V. M.	N. M.
VII. 11.	37.2	37.4	—	120
12.	37.0	38.2	106	116
13.	36.8	37.6	116	100
14.	36.8	37.1	98	98
15.	37.0	37.6	98	96
16.	36.8	37.4	96	106
17.	36.7	37.4	96	116
18.	36.6	36.6	116	104
19.	36.6	37.4	100	94
20.	36.8	37.0	100	94
21.	36.8	37.2	96	104
22.	36.6	37.4	96	100
23.	36.8	36.8	108	124

Datum	Temperatur V. M.	Temperatur N. M.	Puls V. M.	Puls N. M.
VII. 24.	36.4	37.4	94	108
25.	36.7	38.0	106	100
26.	37.5	39.0	88	124
27.	37.2	37.4	124	94
28.	37.6	37.0	96	108
29.	37.1	36.8	94	100
30.	36.6	37.1	94	100
31.	36.7	37.7	90	100
VIII. 1.	36.8	37.1	90	90
2.	36.6	37.1	96	90
3.	36.8	36.8	88	90
4.	36.6	37.2	88	100
5.	36.6	37.2	98	90
6.	36.4	36.7	88	96
7.	36.9	37.7	96	104
8.	36.8	38.1	100	106
9.	37.0	37.7	98	98
10.	37.2	38.1	94	106
11.	37.3	38.0	106	112
12.	37.0	37.4	90	104
13.	36.8	37.6	100	104
14.	36.8	37.2	96	104
15.	36.6	37.4	100	100
16.	37.0	38.0	108	90
17.	37.0	Entlassen	90	

Fall II.

M. B., 33 J., III. p. R. 12. VI, 1895. E. 25. VIII. 95. Diag.: Parametritis dextra. Neuritis des Plexus lumbalis (Cruralis u. Obturatorius).

Vater und Geschwister leben und sind gesund; die Mutter starb an Wassersucht; 1 Bruder leidet an den Folgen eines Schlaganfalles. Ausser Masern will die Patientin keine Krankheiten durchgemacht haben. Menses traten mit 16 Jahren ein und waren stets regelmässig bei 2tägiger Dauer und 4wöchentlicher Wiederkehr. Die Blutung meist gering und wenig schmerzhaft. Seit dem letzten Wochenbett (Entbindung vor 9 Wochen) cessieren die Menses. Patientin hat bis jetzt 3 Wochenbetten durchgemacht. Die beiden ersten (1892 und 1893) verliefen normal. Die letzte Entbindung fand am 12. V. 1895 statt. Das Kind wurde ohne grosse Schmerzen und lebend geboren. Am 3. Tage begann Patientin zu fiebern und hatte starke Schmerzen im Unterleib, der sich hart anfühlte. Lochien sollen gar keine abgegangen sein. Ein hinzugezogener Arzt constatierte eine Gebärmutterentzündung und behandelte sie 4 Wochen, worauf Besserung erzielt wurde, so dass Patientin tagsüber einige Stunden das Bett verlassen konnte. Nach einigen Tagen stellten sich jedoch wieder heftige Schmerzen ein und zwar in der rechten Seite des Unterleibes, so dass Patientin dauernd an das Bett gefesselt wurde und heftige Schmerzen hatte. Wasserlassen macht keine Beschwerden; der Stuhlgang ist angehalten. Der Appetit gering.

St. pr. Blasse, abgemagerte Frau; abdomen aufgetrieben. Rechts ist an der Beckenschaufel nach Innen eine Infiltration unter der Bauchdecke zu fühlen, welche sich schwer sicher abgrenzen lässt; diese Stelle ist druckempfindlich. Die Portio ist klein, der Uterus ist nicht zu fühlen, er scheint retrovertiert und von Darmschlingen überlagert zu sein.

22. VI. Untersuchung in Narkose: Uterus retrovertiert, gut zurückgebildet, beweglich; auf der rechten Beckenschaufel liegt eine handtellergrosse Infiltration, welche bis zum Beckeneingang herabreicht, das eigentliche Parametrium in der Umgebung des Uterus aber frei lässt.

Th. Eisblase:

10. VII. Andauernde Schmerzen und Fieber.

Th. Breiumschläge.

11. VII. Das rechte Bein wird im Hüft- und Kniegelenk gebeugt gestellt; eine weitere Beugung ist passiv ohne Schmerzen ausführbar; dagegen kann das Bein nicht gestreckt werden; zugleich besteht ein geringer Grad von Abduktion. Die Adduktion und das Übereinanderlegen der Beine ist wegen grosser Schmerzhaftigkeit nicht möglich. Die Betastung der inneren und vorderen Fläche des Oberschenkels ist schmerzhaft. — Neuritis des Plexus lumbalis. (Cruralis und Obturatorius.)

26. VII. Probepunktion an der schmerzhaften Stelle, dicht oberhalb des Lip. Poupartii. Es gelangen nur einige Tropfen Eiter in die Spritze, jedoch hat man das Gefühl, als ob die Spritze in einem Hohlraum bewegt würde.

29. VII. Aus der Stelle, an der vor 3 Tagen die Probepunktion gemacht wurde, entleert sich dünnflüssiger Eiter. Es wird auf einer eingeführten Sonde dnrch einen Scheerenschlag nach rechts und links, parallel dem Poupart'schen Bande, eine Öffnung von 4—5 cm geschaffen, durch die sich nun reichlich äusserst übelriechender Eiter entleert. Der Finger gelangt in eine grosse Abscesshöhle, die unterhalb des, die rechte Beckenschaufel überziehenden Peritoneal-

blattes liegt, nach unten begrenzt vom Psoas, dessen Substanz teilweise vereitert ist; es entleeren sich ganze Gewebsfetzen aus der Wunde; nach unten, gegen das Parametrium zu, geht die Höhle nicht viel in die Tiefe, entsendet jedoch einen kleinen Fortsatz unter das Poupart'sche Band durch nach dem Schenkeldreieck. Ausspülen mit 1½% Lysollösung; Einlegen eines grossen Drainrohres nach oben und eines kleineren nach unten; feuchter Verband.

31. VII. Die Secretion der Abscesshöhle ist eine äusserst starke, so dass der Verband gewechselt werden muss.

5. VIII. Entfernung eines Drains. Die Patientin erholt sich sichtlich; hat keine Schmerzen mehr.

9. VIII. Kurzes Gummidrain. Secretion gering.

12. VIII. Drain weggelassen; die Wunde verkleinert sich rasch; die Patientin nimmt zu.

19. VIII. Wunde verheilt; per vaginam ist der Uterus dextrovertiert und etwas aufgerichtet zu fühlen; ein Exsudat ist nicht mehr nachweisbar. Patientin kann das Bein im Hüft- und Kniegelenk fast völlig strecken.

25. VIII. Patientin kann mit Unterstützung gehen. Ein Exsudat ist nicht mehr nachweisbar; Wunde geschlossen. Zu Hause Sitzbäder.

Temperatur und Pulsaufzeichnung.

Datum	Temperatur		Puls	
	V. M.	N. M.	V. M.	N. M.
VI. 12.	37.6	38.3	102	88
13.	37.9	38.9	94	100
14.	37.9	39.3	104	90

Datum	Temperatur		Puls	
	V. M.	N. M.	V. M.	N. M.
VI. 15.	38.0	38.5	100	106
16.	37.5	39.0	88	110
17.	38.0	39.0	98	88
18.	37.6	38.3	98	88
19.	37.5	37.8	104	96
20.	37.4	38.1	104	86
21.	37.5	37.6	96	100
22.	37.4	37.4	86	88
23.	37.1	38.0	86	84
24.	37.4	38.1	86	90
25.	37.6	38.4	86	96
26.	37.5	38.4	84	96
27.	37.5	38.8	88	96
28.	37.6	38.4	88	98
29.	37.2	38.4	84	86
30.	37.1	38.4	84	98
VII. 1.	37.5	38.2	98	98
2.	37.5	38.4	90	88
3.	37.5	38.2	90	90
4.	37.6	38.6	86	100
5.	37.4	38.0	90	98
6.	37.2	38.0	86	94
7.	37.4	38.6	88	100
8.	37.8	38.4	88	96
9.	38.2	39.0	84	98
10.	38.0	38.4	90	78
11.	37.6	38.5	80	100
12.	37.0	38.4	80	100
13.	37.0	38.6	102	104
14.	37.4	38.5	84	100

Datum	Temperatur		Puls	
	V. M.	N. M.	V. M.	N. M.
VII. 15.	37.2	39.0	90	94
16.	37.4	39.0	94	100
17.	37.3	38.8	80	92
18.	37.6	39.0	92	108
19.	37.6	39.2	86	100
20.	38.0	38.8	86	108
21.	37.5	39.3	68	110
22.	37.8	39.4	98	120
23.	38.2	39.2	86	100
24.	38.6	38.8	90	112
25.	37.6	39.0	90	108
26.	38.0	38.9	96	94
27.	37.8	38.6	78	112
28.	37.8	38.8	90	88
29.	37.2	37.8	80	94
30.	36.9	37.5	88	80
31.	36.8	36.9	84	72
VIII. 1.	36.7	36.9	74	78
2.	36.5	36.8	94	86
3.	36.6	36.8	84	86
4.	36.4	36.8	80	80
5.	36.4	36.9	68	72
6.	36.6	36.8	70	76
7.	36.4	36.8	70	74
8.	36.4	36.7	70	68
9.	36.4	36.7	70	80
10.	36.4	37.0	68	86
11.	36.4	37.0	70	86
12.	36.4	37.0	70	66
13.	36.4	36.9	66	74

Datum	Temperatur		Puls	
	V. M.	N. M.	V. M.	N. M.
VIII. 14.	36.4	37.1	68	74
15.	36.5	36.7	64	74
16.	36.5	36.9	68	68
17.	36.4	37.2	70	88
18.	36.4	37.0	68	72
19.	36.6	37.2	72	76
20.	36.6	37.2	74	80
21.	36.8	37.2	74	74
22.	36.8	37.1	74	84
23.	36.6	37.5	78	84
24.	36.8	37.5	78	Entlassen

In beiden Fällen wurde die Diagnose der postpuerperalen Parametritis am Tage ihres Eintrittes in die gynaekologische Klinik gestellt; beide Fälle boten in ihrem weiteren Verlaufe eine Menge ähnlicher Symptome und ist nur der Erfolg der Behandlung, die leider beim ersten Falle durch äussere Umstände abgebrochen wurde, ein verschiedener.

Es handelte sich um 2 Multiparae, die im Anschluss an eine normale Geburt von einer fieberhaften Krankheit ergriffen, längere Zeit — 8 resp. 2 Monate — ausserhalb der Anstalt behandelt worden waren. Bei beiden traten die ersten Erscheinungen, Fieber und Schmerzen am 3. Tage post partum ein. Das Fieber stieg bei der einen, die später verstarb, bis zu 41.6°, während bei der anderen nur eine Temperaturerhöhung von 39.4° und zwar an 2 einen Monat auseinanderliegenden Tagen erreicht wurde. Die Pulsfrequenz war namentlich beim 2. Falle nicht

im Einklang mit der Temperaturerhöhung und zwar so, dass der Puls hinter der Fieberhöhe zurückblieb. Die grösste Differenz in dieser Beziehung ergab sich am 23. VII., wo bei einer Temperatur von 39.3° nur eine Pulsfrequenz von 78 pr. m. constatiert wurde. Beim ersten Falle ist ein beträchtlicher Unterschied neben anderen Unregelmässigkeiten gerade im umgekehrten Sinne vorhanden, nämlich Puls 124 p. m. bei einer Temperatur von nur 36.8°. Die Temperaturcurven selbst zeigen im allgemeinen das charakteristische Bild der eitrigen Erkrankungen; wechselndes Steigen und Fallen mit abendlichen Echöhungen bis um 2 Grad; mehrtägiges Verweilen auf fast normaler, selbst subnormaler Temperatur, um dann bei einer erneuten Eitervermehrung und Weiterschreiten des Processes wieder rasch zu exacerbieren und sich längere Zeit in Fieberhöhe zu bewegen.

Schön zeigt sich der Erfolg des therapeutischen Eingriffes — Eröffnung der Abscesshöhle — bei dem 2. Falle am 29. VII., an welchem Tage das Fieber von 38.8 auf normale Temperatur von 37.2 zurückging. In beiden Fällen handelt es sich um eine rechtsseitige Parametritis, die, wie später erwähnt werden wird, gegenüber der linksseitigen seltener auftreten soll. Ebenso sind beide Patientinnen nicht Primiparae, sondern haben schon mehrere — 2 resp. 4 — normale Puerperien hinter sich. Gleich sind wieder bei beiden die Erscheinungen von Seiten der Blase und des Darmtraktus, nämlich retentio urinae, neben Harndrang und Stuhlverhaltung. Besonders zu bemerken ist die auffallende Ähnlichkeit der Erscheinungen bezüglich des Nervenapparates und der daraus folgenden Symptome. Nach Consolidierung des para-

metrischen Abscesses und dessen wahrscheinlichem Übergreifen auf die Nerven der Umgebung, — beim I. Falle nach ungefähr 5 Monaten, beim II. nach 2 Monaten — treten unter bedeutender Vermehrung der Schmerzen die charakteristischen Anomalien der unteren Extremitäten auf.

Beugung im Hüft- und Kniegelenk, Unmöglichkeit die Schenkel übereinander zu legen Aussenrotation der ganzen unteren Extremität, Unbeweglichkeit sowohl activ als passiv im Sinne der Streckung und Beugung im Kniegelenk, nur im Sinne der Streckung im Hüftgelenk, infolgedessen Unvermögen zu stehen oder zu gehen. Schmerzhaftigkeit der Haut im oberen inneren Drittel des Schenkels. Symptome, die sich teils durch die Compressivlähmung, teils durch die Neuritis der oben angegebenen Nervenstämme erklären lassen.

Beim I. Falle, der wohl zu spät in geeignete Behandlung kam, blieben diese Symptome bis zu dem ¼ Jahr nach dem Austritt aus der Klinik erfolgtem Tode bestehen; beim II. Falle, in welchem sich die Parametritis zu einem typischen Psoasabscesse entwickelt hatte, trat nach Eröffnung desselben, oberhalb des Poupart'schen Bandes allmähliche Besserung ein. Die Krankheitsdauer betrug bei dem zum exitus führenden Falle ungefähr 1 Jahr, während der II. Fall bei richtiger Therapie in ¼ Jahr zur Heilung gelangte.

Das Kapitel der Beckengewebsentzündungen ist in der Gynäkologie eines derjenigen, die seit einer langen Reihe von Jahren die grösste Aufmerksamkeit und das regste Interesse der verschiedenen Kliniker auf sich gelenkt haben. Ist doch die Entzündung des

Parametriums eine jener Krankheiten, die sich so häufig an eine Geburt anschliessen, um die einmal davon Befallenen entweder — wenn es sich um die acute und bösartige Form handelt, — direkter Lebensgefahr auszusetzen, oder — wenn die chronische Form auftritt, — den Betroffenen für das ganze weitere Leben eine unangenehme, den Lebensgenuss verbitternde Beigabe zu verschaffen.

Die ersten Aufzeichnungen finden sich bei französischen Forschern, von denen *Mauriceau* in seinem „Traité des maladies des femmes grosses et celles, qui sont accouchées“ über postpuerperale Tumoren, beziehungsweise Eiteransammlungen in der Umgegend des Uterus und der ligamenta lata spricht; für die Entstehung der Krankheit macht er die Zurückhaltung und Vereiterung des Menstrualblutes und der Lochien in den Gefässen verantwortlich. *Puzos* sieht die Exsudation als eine Metastase der Milch im Wochenbette an. *Ritgen* erklärt das Exsudat als milchähnliches Sekret des Beckenzellgewebes selbst. Noch zu Beginn des XIX. Jahrhunderts bekannten sich Männer, wie *van Swieten, Carus, von Siebold, Busch* und andere zu diesen sogenannten „Milchtheorien“. Ein Überbleibsel findet sich noch heute von dieser Anschauung unter dem Namen des „Milchfiebers“ bei den Laien.

Das Aufblühen der pathologischen Anatomie und der Physiologie in Frankreich unter *Curveilhier* und *Bichat* ermöglichten eine genauere Erforschung der Erkrankung. *Bichat* machte seine berühmten Versuche mit Injection von Luft und Wasser in das Gewebe, stellte so vor allem die Communication der einzelnen Spalträume unter einander fest und bewies

dadurch experimentell, was durch die klinische Erfahrung vorher schon oft am Krankenbette erwiesen war, dass nämlich die Exsudate bestimmte Wege verfolgten. Nun folgt ein langer Streit unter den Autoren, sowohl um die Bestimmung des Terrains, als auch um den Namen des Entzündungsprocesses. Je nach der Aetiologie oder dem späteren Hauptsitze des Exsudates wurden die Namen Phlebitis, Lymphangoitis, Peritonitis, Psoitis, Phlegmone der Fossa iliaca, Phlegmone des Bindegewebes direkt am Uterus und Phlegmone der ligamenta lata in der Litteratur eingeführt.

Virchow endlich wies nach, dass der secundäre Sitz des Leidens immer das Bindegewebe ist, welches Vagina und collum uteri umschliesst und die Basis der ligamenta lata bildet; den primären Sitz verlegte er in das Innere des Genitaltraktus, von dem sich dann die Entzündung auf die Nachbarschaft fortpflanzt. Für das Leiden selbst schlug er den Namen Parametritis vor, der neben den amerikanischen Namen der Cellulitis und Pelvicellulitis sich endgültigen Eingang in die Litteratur verschafft hat.

Anatomisch kann das Parametrium folgendermassen bestimmt werden: Es besteht aus derben bindegewebigen Massen, die sich zu beiden Seiten der Vagina und des Uterus nach oben ziehen und auf jeder Seite in 3 Zipfeln ausstrahlen: in der Mitte der Basis der ligamenta lata, vorne um die Blase und hinten um den Mastdarm herum; für diese Bindegewebsstränge sind die Namen der Ligg. pubo-vesico-uterina, cervico-iliaca und utero sacralia in der topographischen Anatomie des weiblichen Beckens bekannt. Von diesen Punkten setzt sich dann das derbe

in lockeres Bindegewebe fort, welches schliesslich da, wo es nicht als Suspensionsapparat dient, in Fettgewebe übergeht. Hierdurch wird einerseits die Verschieblichkeit ermöglicht, die physiologisch besonders bei der Schwangerschaft von grosser Bedeutung ist, andererseits gestattet es aber auch durch seine weiten Maschen ein weites Fortkriechen entzündlicher Processe. Solches verschiebliches Bindegewebe findet sich hinter der vorderen Bauchwand, über und hinter der Symphyse, zwischen vesica urinaria und cervix uteri, unter den runden Mutterbändern, zwischen den Blättern der ligamenta lata, seitlich um den Mastdarm herum, sowie überall nach unten bis zum Beckeneingang.

Das, wie oben angegeben, von *Bichat* eingeschlagene Verfahren zur Festsetzung der Wege des Exsudates wurde von *König* und *Schlesinger* weiter ausgebildet und vervollkommnet; beide benutzten Leimmassen zur Injektion. Von besonderer Wichtigkeit sind ihre Resultate dadurch, dass sie weibliche Leichen zu ihren Versuchen zur Verfügung hatten, ausserdem noch ihre eigenen klinischen Erfahrungen mit verwerten konnten. Sie stimmen im wesentlichen mit *Bichat* überein und kommen zu folgenden Resultaten:

1. Ein in der Nähe der Tuben und der Eierstöcke in dem Bindegewebe der breiten Mutterbänder sich entwickelndes Exsudat, breitet sich primär nach dem Verlaufe des Psoas und Iliacus aus, erst dann senkt es sich in das kleine Becken.

2. Die Exsudate, welche sich primär in dem tieferen Bindegewebe an der vorderen seitlichen Gegend des Überganges der Gebärmutter in den Hals-

teil sich entwickeln, füllen zuerst das Zellgewebe des kleinen Beckens, seitlich von den tiefen Stellen der Gebärmutter und der Blase, und gehen dann erst, meist mit dem runden Mutterbande, nach dem Poupart'schen Bande unter dem Leistenring. Von hier aus gehen sie in die forsa iliaca nach aus- und rückwärts.

3. Die von der hinteren Basis des Mutterbandes sich entwickelnden Processe füllen erst die hinteren Seitenteile des Beckens (Douglas'scher Raum) und verfolgen dann den sub 1 geschilderten Weg.

4. In der späteren Zeit der Entwicklung gleicht sich dies aus, indem die genannten Teile des Bauchfelles gleichmässig abgehoben werden.

5. Bei Versenkung nach dem Poupart'schen Bande hin, löst sich schon beim Vorhandensein einer geringen Menge Eiters das Bauchfell so weit vom genannten Bande ab, dass ein Stich, etwa 1½ Finger breit über demselben, noch diesseits die Bauchdecken durchbricht.

Ausser diesen durch das Experiment bestimmten Wegen sind vor allem noch die Blut- und Lymphgefässe, an denen das Beckenbindegewebe so reich ist, als Fortleiter der entzündlichen Processe zu nennen.

Die Bildung der parametritischen Exsudate ist nach den Forschungen stets auf eine Infection zurückzuführen. Nach den klinischen und pathologischen Erfahrungen kann man im wesentlichen zwei Formen unterscheiden: 1. ödematös-entzündliche und 2. eitrige Parametritiden. Welche von beiden Formen entsteht, hängt ab, einerseits von der Infection selbst, ob dieselbe nämlich erfolgt durch mehr oder minder

virulente Stoffe, andererseits von dem Widerstande des betroffenen Organismus der Infection gegenüber. Ein schwächlicher Körper, der vielleicht seit Jahren mit Chlorose oder allgemeiner Tuberkulose kämpft, wird auch der schwächsten Infection unterliegen, so dass die betroffenen Gewebe vereitern und verjauchen; während ein kräftiger Körper so viel Resistenzkraft besitzt, um die Vereiterung entweder ganz zu verhindern oder, wenn eine besonders starke Infektion eingetreten ist, dieselbe nur auf gewisse Stellen zu localisieren.

Was nun die Anschauung der älteren Autoren betrifft, dass die Parametritis nur im Anschluss an einen Partus oder Abortus auftreten könne, so ist diese längst durch die Veröffentlichung einer ganzen Reihe von Fällen, die nicht im Puerperium aufgetreten sind, widerlegt. Zur Auslösung der Parametritiden kommen nun folgende Moment in Betracht: Zufällige Verletzung der in der Beckenhöhle gelegenen Organe mit gleichzeitiger oder nachfolgender Infection; weiter die Fortleitung blenorroeschen Sekretes durch die Tuben; Paraphlebitis, Eiterung in der Nierengegend, Caries der Becken und Wirbelknochen und endlich Verschwärungen am Rectum. Veränderungen an und in der Gebärmutter, den Tuben und Eierstöcken, welche zu Störungen der Menstruation führen sind ebenfalls als Punkte anzuführen, welche die Entstehung einer Parametritis begünstigen können. Prädisponiert ist die Menstruationszeit jedenfalls durch die Hyperaemie, unter der der ganze Genitalapparat steht und durch welche dem pathogenen Stoff der Eingang durch die gleichzeitig gesteigerte Resorption erleichtert wird. Bei Jungfrauen,

bei denen eine Infection von aussen vollständig ausgeschlossen werden kann, ist wohl eine Erklärung für das Vorkommen parametritischer Processe darin zu suchen, dass es sich meist um chlorotische Individuen handelt, die durch allgemeine Anaemie im hohen Grade geschwächt sind und bei denen durch das Allgemeinleiden der ganze Gewebsmechanismus seine physiologische Resistenzkraft zum grössten Teile verloren hat. Bakterien, die unter gewissen Umständen einem gesunden Organismus machtlos gegenüber stehen, können pathogen werden, wenn sie auf geeigneten Boden kommen, der durch äussere Umstände weniger resistenzfähig geworden ist. Nun ist der Mastdarm fast vollständig von dem Beckenbindegewebe umgeben; durch Untersuchungen ist festgestellt, dass Mikroorganismen die unveränderte Darmwand, selbst bei mässiger Stauung des kotigen Inhaltes passieren können. Treten nun die im Mastdarm immer vorhandenen Mikrobien in Bindegewebe über, das durch obige Umstände weniger resistenzfähig ist, so ergiebt sich als weitere Folge die Entstehung von Entzündungsprocessen, die zur Parametritis führen können.

Was nun den primären Sitz der postpuerperalen Processe anbelangt, so giebt *Olshausen* auf Grund klinischer Beobachtungen, angeordnet nach der Häufigkeit, folgende Stellen an:

a) der verhältnismässig breite Ring um die ganze Cervix herum.

b) Die unteren Teile der ligamenta lata; beide sind in ihrem Auftreten nummerisch ziemlich gleichbedeutend; dann folgen

c) die beiden fossae iliacae, von wo sich die Processe auf die vordere Bauchwand unter das lig. Poupartii erstrecken.

Die Häufigkeit des unter a) genannten Ausgangspunktes findet seine Erklärung in dem häufigen, fast steten Auftreten von Einreissen in die Cervix uteri beim Partus, besonders bei Primiparen. Die Involution des Uterus, die sich nach der Geburt einleitet, sorgt für die 2. Abteilung; die ganze Innenfläche des Uterus, nach der Geburt eine einzige grosse Wunde, ist zur Resorption der etwa vorhandenen Infectionskeime der beste Boden; die an ihn angrenzenden ligamenta lata sind durch den Gewebsspalt, der zwischen beiden Blättern liegt, wieder in bevorzugtem Masse geeignet, Eiteransammlungen fort zu leiten. Die fossae iliacae dürften insoferne als primärer Sitz der Abscesse gelten, als in dem durch die Gewebsspalten oder die Blut- und Lymphbahn fortgeleitetem Eiter durch ihre knöcherne Begrenzung Halt gebieten und ihn zur Ansammlung nötigen. Auch *Schröder* nimmt die beiden Seiten um die Cervix uteri herum als häufigsten primären Sitz an; seine Ansicht stützt sich darauf, dass hier zuerst die meisten Schwellungen und das erste Schmerzgefühl objectiv beziehungsweise subjectiv fest zu stellen sind.

Von verschiedenen Klinikern ist hervorgehoben, dass hauptsächlich die linke Seite des Parametriums praedisponiert sei, Exsudate und Eiteransammlungen aufzunehmen; zur Begründung dieser Ansicht wird die Häufigkeit der I. Schädelage angeführt. Der Druck, den der Kopf des Kindes auf die linke Seite des Uterus und der Cervix uteri ausübt, gibt nach

ihrer Meinung auch die Veranlassung zu vermehrten Einrissen auf dieser Seite, die dann wieder die nächste Ursache zur Bildung der Parametritis abgeben. An der Hand der Statistik ist jedoch diese Anschauung von anderen Gynaekologen zurückgewiesen worden. *Busch* giebt einen weiteren und zwar anatomischen Grund für obige Behauptung an; er sagt: „für die häufige Entwickelung linksseitiger Exsudate scheinen vielmehr anatomische Gründe zu wirken, worauf *Barnes* zuerst in seiner Abhandlung: „A clinical study of retrouterin tumoures" die Aufmerksamkeit gerichtet hat; er sagt darin, dass durch die linksseitige Lagerung des Mastdarmes das Bauchfell tiefer herabgezogen, somit die linke retroovarielle Tasche geräumiger werde als die rechte und deshalb geeigneter zur Aufnahme kleiner Exsudate und Geschwülste sei."

Die Frage, ob von der Parametritis mehr die Primiparen oder die Multiparen ergriffen würden, ist durch statistische Untersuchungen dahin entschieden, dass aussergewöhnlich oft die Primiparen der Krankheit verfallen. Die gerade bei den Erstgebärenden noch häufiger auftretenden Verwundungen des Genitaltraktus dürfte die Erklärung dazu geben.

Die Annahme eines specifischen Mikroorganismus als Ursache der Parametritis lässt sich nicht halten; wohl wird es in den meisten Fällen der Staphylococcus sein, ohne jedoch die anderen eitererregenden Bacterien auszuschliessen. Ich erinnere hier nur an den schon oben erwähnten Gonococcus, weiter die Erysipelaskeime und die des malignen Oedems; die beiden letzten werden nur in Betracht kommen, wenn es sich um die glücklicherweise recht

seltenen Formen von Parametritis handelt, welche nach Operationen auftreten.

Wie jeder entzündliche Process, so ist auch die Parametritis zuerst mit einer reichlichen Exsudation von Blutflüssigkeit in das Gewebe verbunden. Liegen die Verhältnisse günstig und sind die eingewanderten Mikroorganismen nur in geringem Grade virulent, so kann durch eine bald darauf eintretende kräftige Resorption die ganze Krankheitserscheinung binnen weniger Tage vollkommen zurückgehen. Diese Form der Parametritis würde mit dem Namen der ödematös-entzündlichen zu bezeichnen sein; sie nimmt im Vergleich zur Häufigkeit der folgenden eitrigen eine bei weitem geringere Anzahl von Fällen in Anspruch. Die häufigste Art ist nämlich verbunden mit der Bildung von Abscessen, die dann an und für sich wieder durch geeignete Behandlung und begünstigt durch die individuelle Widerstandskraft der Kranken resorbiert werden können; dies scheint auch bei der eminenten Häufigkeit des Leidens die überwiegend grösste Anzahl der Fälle wenigstens zu einem vorläufigen Abschluss zu bringen. Bildung von mehr oder weniger derben Massen von Bindegewebe an dem Platze der Entzündung, hiedurch bedingte Verzerrungen und Verlagerungen der Unterleibsorgane sind die auch noch nach langen Jahren und nach dem Tode feststellbaren Residuen der früheren Erkrankung. Nicht gerade selten ist auch der Durchbruch des immer weiter kriechenden Eiters entweder in Organe, die im Unterleib selbst liegen, oder nach aussen. Nach innen finden die Perforationen statt in das Rectum, in die Blase, die Scheide und den Uterus selbst. Nach aussen kann sich der Process seinen Weg nach fast allen

Gegenden der Umgebung des kleinen Beckens bahnen. *Siedamokrotsky* hatte das Material von 10 Jahren von der Berliner gynäkologischen Klinik zur Verfügung; er fand hier nur 22 Abscedierungen mit Durchbruch des Eiters: 2 in die incisura ischiadica, 11 durch die Bauchdecken, 2 gegen den Oberschenkel hin; Rectum und Vagina waren mit je 2 Fällen beteiligt, während bei 3 die Perforation in die Blase erfolgte. *Beigel* zählt 36 Fälle auf, von diesen durchbrachen 14 die regio iliaca und inguinalis, 4 die regio pubis, je einer die regio pudenda und glutaea, zusammen 20 nach aussen, während 16 nach innen sich entleerten, und zwar 5 in das Rectum, 8 in die Vagina, 3 in die Blase. In keinem dieser Fälle ist es zu der seltenen Erscheinung der Perforation in den Uterus selbst gekommen.

Was nun die Symptome der puerperalen Parametritis betrifft, so schildert sie *Schröder* folgendermassen:

„Die Erkrankung beginnt meistens am zweiten bis dritten Tage, selten am vierten, fünften oder noch später. Der Beginn der Erkrankung wird gewöhnlich, aber nicht immer durch einen Schüttelfrost gekennzeichnet, welchem bald eine Temperaturerhöhung von 39°—40°, ausnahmsweise noch erheblich mehr zu folgen pflegt. Sehr oft wird das Maximum der Temperatur schon am ersten oder doch zweiten Tage erreicht.

Der Puls, welcher vor Beginn der Erkrankung oft schon verlangsamt war, folgt der Temperatursteigerung nur langsam nach und steht erst nach 24 stündiger Dauer im richtigen Verhältnis zur Temperatur. Die Pulsfrequenz erhebt sich auch in den

späteren Tagen nicht leicht über 120, gewöhnlich bleibt sie darunter. Peritonitische Erscheinungen pflegen von Beginn der Erkrankung da zu sein, entweder spontane, oft heftige Schmerzen, oder doch Druckempfindlichkeit an dem unteren Teile eines Seitenrandes des Uterus. Häufig sind recht schmerzhafte Nachwehen vorhanden, da bei der Entzündung des Perimetriums jede, sonst kaum empfundene Nachwehe starken Schmerz hervorruft.

Der Beginn der Erkrankung ist der der Septicaemie ähnlich oder gleich, weshalb in den ersten 24 Stunden eine sichere Unterscheidung beider Zustände oft unmöglich ist.

In den nächsten Tagen kann die Druckempfindlichkeit eine grosse Ausdehnung erreichen, über den ganzen Uterus sich erstrecken, oder selbst über ihn hinausgehen. Doch bleibt der obere Teil des Abdomens stets frei. Ebenso fehlen andere Zeichen der diffusen Peritonitis, zumal der Meteorismus.

Zu Erbrechen kommt es ebenfalls nur ausnahmsweise, gewöhnlich auch dann nur ein einzelnes Mal. Der Schlaf ist, wenn der erste Fieberanfall vorüber ist, meist nicht erheblich beeinträchtigt oder ganz fehlend.

Die Dauer des Fiebers ist eine ungemein verschiedene. Neben Fällen, wo dasselbe nur 2 Tage dauert (dann meist in geringer Höhe, bei sehr leichten örtlichen Erscheinungen) kommen Fälle von wochenlanger Dauer vor. In der Mehrzahl der Fälle ist aber selbst bei heftigem Anfange der Krankheit dieselbe in 8—10 Tagen beendet.

War das Fieber von kurzer Dauer, so kommt es nicht zu nachweisbaren Exsudaten. Fiebert aber

eine Wöchnerin 6—8 Tage oder länger, so ist ein Exsudat fast immer nachweisbar. So lange das Fieber dauert, vergrössert sich auch sicher das Exsudat. Fühlbar wird dasselbe zuerst meist innerlich, an einer Seite der Cervix, wo auch fast immer die Druckempfindlichkeit zuerst zu constatieren ist.

Das im Bindegewebe liegende Beckenexsudat wird anfangs als diffuse, feste Resistenz bei bimanueller Untersuchung getastet. Mit dem Nachlasse der Druckempfindlichkeit und nach längerem Bestehen fühlt man einen mehr circumscripten Tumor.“ Es folgt dann die Schilderung der weiteren Wege des Processes, wie er schon oben durch die Wiedergabe des Resultates der anatomischen Experimente angegeben ist. Die Symptome, die von dem gebildeten Exsudate auf die Organe in der Umgebung ausgelöst werden, sind nicht erwähnt.

Bei *Schröder-Hofmeier* — „Weibliche Geschlechtsorgane“ — findet sich folgendes: „Die Symptome, sc. der Parametritis, sind die einer entzündlichen Beckengeschwulst; also Schmerzen, spontan und besonders auf Druck, Schmerzen im Bein der betreffenden Seite durch Druck auf die Nervenstämme, Beschwerden bei Entleerung der Fäces und des Urins.“

Veit schreibt: „Von dem Sitze und der Ausbreitung dieser harten Massen hängen die weiteren functionellen Störungen und Schmerzen in den Beckenorganen und deren Umgebung ab. Von den functionellen Störungen sind besonders zu nennen: Häufiges, schmerzhaftes Harnlassen, Unvermögen den Harn zu lassen, schmerzhafte oder erschwerte Stuhlentleerung, Reizerscheinungen an den Muskeln des Beckens, welche

sich am häufigsten am Psoas und Iliacus wahrnehmen lassen und im weiteren Verlaufe öfter zu Contracturen führen, Reiz- und Druckerscheinungen besonders an den Nerven, welche aus dem Becken zu den unteren Extremitäten ziehen."

Ähnlich sind die Schilderungen in allen anderen mir zugänglichen gynäkologischen Werken; ein besonderes Eingehen in denselben auf das zuletzt angeführte Krankheitsbild, nämlich die Reizung resp. Lähmung der Nerven der unteren Extremitäten konnte ich nur noch bei *Müller,* in seinem Handbuch der Geburtshilfe finden. Es heisst hier: „Handelt es sich um Pelvarthrocace oder parametrane Phlegmone, welche sich bis zu den Ischiadicus Wurzeln oder dem Stamm ausbreitet, so beobachtet man vor allem Schwerbeweglichkeit, selbst lähmungsartige Schwäche des Beines. Jeder Bewegungsversuch, in schweren Fällen schon Erschütterung des Bettes, jeder Druck auf den kranken Schenkel erregt heftigen Schmerz. Zeitweise treten schmerzhafte Wadenkrämpfe ein. Die spontanen Schmerzen sind stechend, bohrend, oft ausserordentlich heftig. Schmerzpunkte sind die Austrittsstelle des Nervus ischiadicus aus dem Becken, das Kreuz-Hüftgelenk, das grosse Hüftbeinloch, sowie verschiedene Stellen der Extremität. Oft besteht Hyperästhesie der Haut; fast immer gesteigerte Nervosität, Schlaflosigkeit und ein von der Phlegmone herrührendes Fieber. Falls nicht die Frau dem Puerperalprocesse unterliegt, pflegt nach Entleerung oder Resorption des flüssigen Exsudates durch die stets zurückbleibende Bindegewebsschwiele eine von Schmerzen begleitete Schwäche selbst Lähmung der unteren Extremität lange Zeit fort zu dauern." Weiter: „Neu-

rosen des Nervus crusalis: Die Neurosen, welche man öfter im Wochenbette sieht, meist neben Neuralgie des N. cutaneus externus rühren von parametritischen Exsudaten, welche sich seitlich gegen die Fossa iliaca gestemmt haben, so dass dann der Nerv, zumal am *Poupart*'schen Bande in den entzündlichen Process hereingezogen ist. Dann wird das Glied im Hüft- und Kniegelenk in mässiger Beugung erhalten, künstliche Streckung ist sehr schmerzhaft und kaum möglich. Stechende, brennende, bohrende Schmerzen an der Innen-, Vorder- und Aussenseite des Oberschenkels bis zum Unterschenkel und der grossen Zehe herab, durch Druck und Bewegung vermehrt, quälen die Kranken in höherem Grade. Später nach Resorption oder Durchbruch des Eiters, lassen die spontanen Schmerzen nach, kommen jedoch bei Bewegungen wieder. Beugung des Oberschenkels, Aufrechtstehen und lebhaftere Bewegungen sind erschwert. Mit dem Verschwinden des entzündlichen Processes im Becken, gleichen sich diese Störungen späterhin meist aus. Auch bei der an Beckenphlegmonen und Metastasen sich anschliessenden Coxitis kommen Schmerzen an dem Oberschenkel bis zum Knie hin vor." Ferner: „Neurosen des Obturatorius: Dieselben können gleich den ischiadischen entstehen durch Pelvicellulitis, andererseits aber auch durch Druck des Nervenstammes gegen das Darmbein, an dessen Innenseite derselbe vor seinem Eintritt in den canalis obturatorius auf eine Stelle von 7—8 cm frei verläuft. Zuweilen sind sie mit Ischias verbunden, was sich durch Verbreitung der Entzündung auf die Ischiadicuswurzeln oder durch gesteigerten Geburtsdruck auf letztere erklärt. Da der Obturatorius neben den gleichnamigen Muskeln

die Adductoren des Oberschenkels versorgt, so können die Kranken bei Obturationslähmung die Beine nicht übereinanderschlagen und den Rumpf nicht drehen. Schmerzen, später Unempfindlichkeit der Haut an der Innenseite des Oberschenkels bezeichnen die Teilnahme des Hautastes dieses Nerven."

Bei *Winkel*: „Krankheiten des Wochenbettes findet sich folgendes":

„Diese Neuralgieen und Lähmungen können aber auch bei Wochenbetterkrankungen vorkommen. Es werden nämlich entweder die einzelnen Nerven 1. von einem Bekenexsudate gedrückt und gereizt, oder 2. kleinere Exsudate der Nachbarschaft setzen sich auf die Nervenscheide fort, oder endlich 3. treten möglicherweise Hyperämie und Ödem des Neurilemms selbstständig auf.

. . . . Der verschiedene Sitz und die Ausdehnung dieser Exsudate bedingt, dass jene Affectionen bald am Nervus cutaneus externus und medius, bald am Obturatorius, bald am Ischiadicus auftreten." Bei der weiteren Symptomenschilderung findet sich noch: „Mitunter bei grösseren Exsudaten, treten auch Neuralgien des Obturatorius ein, dann empfinden die Puerperae den Schmerz an der Innenseite des Schenkels, über den Adductoren und schleppen das erkrankte Bein beim Gehen nach. Häufiger aber kommt es zu einer eigentlich mehr oder weniger starken Ischias. War ein Exsudat Ursache dieser Erscheinungen und der Nerv nur gedrückt, so können mit der Resorption des ersteren ebenso wie mit Entleerung der entstandenen Abscesse Schmerzen und Lähmungen sehr rasch abnehmen, ja zuweilen völlig wieder verschwinden."

Oppenheim schreibt in seinem Lehrbuche der Nervenkrankheiten: „Die Erkrankungen des Plexus lumbalis und sacralis kommen weit seltener vor als die des brachialis. Ebenso werden die Beinnerven nicht entfernt so oft von Lähmungen betroffen, als die Nerven des Armes. Die Beobachtungen, welche sich auf Lähmungen des Nervus cruralis und obturatorius beziehen sind besonders spärlich. Gewöhnlich waren Tumoren, die von der Wirbelsäule, den retroperitonealen Lymphdrüsen, dem Becken und seinen Eingeweiden ausgingen, die Ursache. — Die Symptome sind: 1. Lähmung des Ileopsoas, welche fehlt, wenn der Nerv ausserhalb des Beckens, oder auch nach dem Abgang der diese Muskeln innervierenden Zweige im Becken von der Noxe getroffen wird, des Extensor cruris quadriceps, des Sartorius und des Pectineus. Infolgedessen besteht bei totaler Lähmung Unfähigkeit die Hüfte zu bewegen, den Unterschenkel zu strecken. 2. Anaesthesie resp. Hyperaesthesie im Gebiet des Nerv. cutaneus femoris-anterior et internus und des Nerv. saphenus maior: an der Vorder- und Innenfläche des Oberschenkels, abgesehen von dem oberen Drittel desselben, an der Innenfäche des Unterschenkels und dem inneren Fussrand bis fast an die grosse Zehe. 3. Fehlen des Kniephaenomens. Die Compressivlähmung leitet sich in der Regel mit Reizerscheinungen, mit Schmerzen ein, die der Bahn des Cruralis und des Saphenus folgen. Muskelatrophie und Veränderungen der electrischen Erregbarkeit sind stets vorhanden, wenn die Nervenaffection eine schwere ist. Eine isolierte Lähmung des Obturatorius kommt noch weit seltener vor: Sie kennzeichnet sich durch Lähmung der Adductoren des Oberschenkels — auch

die Aus- und Einwärtsrollung ist beeinträchtigt — und Gefühlsstörung an der medialen Fläche des Oberschenkels im oberen Drittel. Der Gang wird besonders durch die Cruralislähmung erschwert."

Ausser diesen im eigentlichen Sinne als auf traumatischer Basis beruhenden peripheren Neuritiden und Lähmungen, kommen im Wochenbett noch andere vor, die ihren Ursprung im Centralorgan selbst haben. Diese teilen sich wieder in kurze und vorübergehende Processe und solche von längerer Dauer, je nachdem die Ursache in einer partiellen Hirnhyperaemie oder in capillärer Embolie einer Hirnarterie zu suchen ist. Auch allgemeine Anaemie wird angeschuldigt, teilweise und kurzdauernde Lähmungen hervorrufen zu können. Doch ist diese Annahme nach *Müller* noch sehr fraglich, während er der Hysterie und Eklampsie als diese Erscheinungen hervorrufende Momente eine feste Stelle einräumt.

Die Ausgänge der Parametritis sind oben schon kurz angegeben: die Resorption des Exsudates und die Bildung von Abscessen, die dann im weiteren Verlaufe entweder spontan zur Perforation kommen und zwar teils nach innen, teils nach aussen, oder denen durch die Operation ein künstlicher Weg nach aussen geschaffen wird.

Vor ich zur Behandlung der Parametritis übergehe, sei ein kurzer Blick auf die Prophylaxe gestattet. Da die Erkrankung meist im Wochenbette vorkommt und auf Infection der im Geburtskanal gesetzten Läsionen beruht, so muss man vor allem darauf Bedacht nehmen, diese Verletzungen womöglich zu verhüten, und wenn solche eingetreten sind, sie vor der Infection zu bewahren. Das Verhüten der

Läsion wird oft nicht in der Hand der zur Geburtshülfe herbeigezogenen Personen liegen, aber die Infection zu vermeiden wird meist möglich sein, wenn genau nach den Vorschriften der modernen Antiseptik und Aseptik vorgegangen wird.

Zur Therapie schlägt *Schröder* folgendes vor: „Bei heftiger peritonitischer Reizung besonders beim ersten Anprall der Krankheit, ist eine Eisblase auf den Unterleib zweckmässig und schmerzlindernd. Später wende man lieber temperierte Umschläge an. Einige Dosen Opium und Morphium sind in den ersten Tagen oft nützlich. Im weiteren Verlaufe ist die Kranke vor allem vor Schädlichkeiten zu bewahren. Das wichtigste ist, dieselbe nicht eher aus dem Bette zu lassen, bis sie einige Abende absolut fieberfrei gewesen ist. Auch muss nach den ersten Versuchen des Aufstehens die Temperatur noch sorgfältig abends controlliert werden, um Recidiven vorzubeugen. In den ersten Tagen der Erkrankung ist der Stuhlgang anzuhalten und die Peristaltik durch Narcotika zu hemmen. Später wird alle paar Tage durch Clysmata oder milde Eccoprotica für Entleerung gesorgt. Bei langer Dauer des Fiebers ist die Erhaltung der Kräfte das Wichtigste.

Antipyretica sind zwecklos, resp. schädlich durch Beeinträchtigung der Magenfunktionen. Dasselbe gilt von kühlen Bädern, welche durch die körperliche Unruhe, welche sie herbeiführen, nachteilig sind.

Bei nachweisbarer Eiterung ist der Abscess von aussen so bald als möglich zu eröffnen. Eine Gefahr der Läsion des Bauchfelles ist kaum vorhanden, wenn über dem lig. Poupartii ein Exsudat den Bauchdecken anliegt. Das Peritoneum ist dann nach oben

verschoben. Der eröffnete Abscess ist auszuspülen. Doch ist mit toxisch wirkenden Antisepticis — Sublimat, Jodoform und auch Carbol — die grösste Vorsicht geboten, da in der vielbuchtigen Abscesshöhle oft grosse Mengen Flüssigkeit sich verhalten und besonders weil die anämische, geschwächte Kranke toxische Substanzen rasch resorbiert und schlecht verträgt."

Differentialdiagnostisch mit der Parametritis kommen folgende andere pathologischen Zustände in Betracht: 1. Perimetritis; die Entscheidung, ob es sich um Perimetritis oder Parametritis handelt, ist in den ersten Tagen nicht zu fällen, da beide Erkrankungen die ersten Tage nebeneinander bestehen; ähnlich ist es 2. mit der Peritonitis, die auch einige Zeit neben der Parametritis auftreten kann, soweit es sich natürlich um keine diffuse Peritonitis handelt. 3. Uterusfibroide: hier entscheidet die Form, die Schmerzhaftigkeit, Consistenz und der weitere Verlauf. Die Exsudate bei der Parametritis sind mehr platt, unbeweglicher, schmerzhaft, wachsen unter Fiebererscheinungen und sind entweder im Anfang härter und kleiner, oder später, bei eingetretener Eiterbildung, weicher. 4. Ovariengeschwülste: Hier schützt die Lage vor einer Fehldiagnose, die parametritischen Exsudate liegen tiefer, ausserdem sind sie unbeweglicher und vor der Vereiterung von anderer Consistenz. 5. Bei der noch in Betracht kommenden Extrauterinschwangerschaft wird sich das Exsudat noch besonders durch den Verlauf unterscheiden lassen.

Zum Schlusse sei es mir gestattet meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. Hofmeier für die gütige Überweisung des Themas meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur-Verzeichnis.

1. *Schröder-Hofmeier*, Weibliche Geschlechtsorgane.
2. *Schröder*, Lehrbuch der Geburtshülfe.
3. *Müller*, Handbuch der Geburtshülfe.
4. *Winkel*, Krankheiten des Wochenbettes.
5. *Winkel*, Behandlung der von den weiblichen Geschlechtsorganen ausgehenden Entzündungen des Bauchfelles und des benachbarten Zellgewebes. Jena 1897.
6. *Veit*, Eulenburg, Realencyklopädie.
7. *Schauta*, Gynaekologie.
8. *Greulich*, Wiener Klinik 1881/82.
9. *Billroth*, Volkmanns Sammlung klin. Vorträge Nr. 4.
10. *Oppenheim*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
11. *Swieciki*, Münch. med. Wochenschrift 1894 Nr. 7 u. 8.
12. *De Hartogh*, Inaug.-Diss. Strassburg 1895.